ITEM 33 : SUITES DE COUCHE PATHOLOGIQUE

Suite de couche = période allant de 2h après l'accouchement jusqu'au retour de couche (6 semaines après)
- Mortalité maternelle = décès d'une femme pendant sa grossesse, lors de l'accouchement ou dans le post-partum jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse : **9-13 décès/100 000**, soit **75 décès/an** en France, risque ↗ avec l'âge
➝ Cause : hémorragie de la délivrance > complications de l'HTA > thromboembolique > embolie amniotique > infection
➝ **La césarienne** est à risque augmenté de complication en post-partum par rapport à l'accouchement par voie basse

Selon la période

Post-partum immédiat < J1	Période d'hospitalisation en suites de couche < J3 à J5	Post-partum tardif > J5
- Hémorragie de la délivrance - Infection aiguë - Rétention aiguë d'urine	- Hémorragie génitale - Anémie - Troubles psychiques du post-partum - Complication de l'allaitement - Accident thromboembolique - Troubles génito-sphinctériens : crise hémorroïdaire - Infection puerpérale : urinaire, endométrite…	- Complication de l'allaitement - Anomalie de cicatrisation - Retour de couche hémorragique - Aménorrhée du post-partum - Troubles génito-sphinctériens : incontinence urinaire

Hémorragie

Atonie utérine et/ou **Rétention placentaire**		= Dans les **24 premières heures** suivant la naissance : peut n'apparaître qu'après la délivrance (différée) ou succéder à une hémorragie de la délivrance maitrisée - **Atonie utérine** = absence de globe de sécurité : utérus non rétracté, mou, dépassant l'ombilic - Sans fièvre, ni lochies malodorantes, ni douleur pelvienne - **Echographie pelvienne** : éliminer une rétention placentaire (membranes, cotylédon)
	TTT	- Atonie utérine : **massage utérin,** utéro-tonique = **oxytocine, analogue de prostaglandine** - Rétention placentaire : **révision utérine** prudente au doigt ou à la curette mousse sous contrôle échographique, sous antibioprophylaxie, principal risque : synéchies utérines
Placenta acretta		= Anomalie de l'implantation du placenta : pénétration excessive des villosités dans le myomètre ➝ absence de plan de clivage, voire atteinte des organes avoisinants (vessie… = **placenta percreta**) - Délivrance impossible : risque de **déchirure placentaire** avec **hémorragie cataclysmique** - Facteur favorisant : altération de la muqueuse utérine = **utérus cicatriciel** ++ (césarienne…) ➝ Un placenta praevia antérieur chez une femme avec utérus cicatriciel doit faire craindre un placenta accreta
Hémorragie génitale précoce (> J1)		- **Atonie utérine** et/ou **rétention placentaire secondaire** - **Endométrite hémorragique** - Autres (rare) : **faux anévrisme de l'artère utérine**, **choriocarcinome**, **coagulopathie** ➝ Toute hémorragie du post-partum ou endométrite doit faire évoquer une rétention placentaire partielle inaperçue (diagnostic échographique)
Hémorragie génitale tardive		= **Retour de couches hémorragique** : retour des règles après l'accouchement, généralement dans les 6 à 8 semaines, souvent retardé en cas d'allaitement - **Echographie** : éliminer une rétention placentaire ou une endométrite - TTT : **oestrogènes** (en l'absence de contre-indication)
➝ **L'aspiration endo-utérine est contre-indiquée pour les hémorragies du post-partum** : risque de synéchie utérine		

Infectieuse

Endométrite aiguë		= 1ère cause de fièvre du post-partum : début souvent précoce vers **J3-J5** - FdR : - Rupture prématurée des membranes (> 24h avant naissance) - Absence de prophylaxie per-partum du streptocoque B - Manœuvres endo-utérines, accouchement dystocique - Rétention placentaire partielle inaperçue
	C	- **Syndrome infectieux discret** - **Gros utérus** mou et douloureux spontanément et à la mobilisation utérine - **Lochies** nauséabondes et sales, parfois hémorragiques - Complication : - Infectieuse : **pelvipéritonite**, **bactériémie** **- Thrombose pelvienne**
	PC	- NFS-CRP, ECBU, hémocultures si T° > 38,5°C - **Echographie pelvienne** systématique : recherche une rétention placentaire - **Prélèvement bactériologique vaginal ± des lochies** -TDR de SGA (le plus redouté), néanmoins culture souvent poly-microbienne (BGN,SGB, SGA, entérocoques, anaérobies, mycoplasme, chlamydia…)

		TTT	→ **Hospitalisation** quasi-systématique - Anticoagulation préventive à discuter selon l'état veineux de la patiente - Pas d'utérotonique de manière systématique - **Antibiothérapie IV** : . Allaitement maternel : **C3G ± métronidazole** ou **Augmentin®** . Allaitement artificiel : **clindamycine** + **gentamicine** . Durée : **5 à 10 jours**, avec relai oral dès que absence de fièvre à adaptée à l'antibiogramme - En cas **d'endométrite hémorragique** : traitement **utérotonique** ++ - Si *mauvaise évolution*, deux diagnostics à évoquer : - Thrombophlébite pelvienne - Rétention de fragments placentaires
Infectieuse	**Pyélonéphrite**		= Fréquente dans le post-partum - Favorisée par sondages évacuateurs répétés (surtout en cas de péridurale) - Diagnostic par BU/ECBU - ATB à adapter en cas d'allaitement (C3G ± aminosides pendant 21J)
	Autres		- Complication infectieuse de l'allaitement : **lymphangite, galactophorite, abcès mammaire** - **Infection de la cicatrice de césarienne** : **abcès de paroi** - **Infection de la cicatrice d'épisiotomie** ou **de déchirure génitale** : désunion de cicatrice, fièvre peu fréquente → *Toute infection rapidement évolutive associée à un purpura et/ou décollement cutané doit faire rechercher et traiter un SGA*
Thromboembolique	= Période de **haut risque thromboembolique** : état d'hypercoagulabilité physiologique persistant jusqu'à **6 semaines** - FdR : - Terrain : âge > 35 ans, obésité, varices, antécédent thromboembolique, thrombophilie - Accouchement dystocique ou par césarienne (surtout en urgence), hémorragie de la délivrance, endométrite - Procréation médicalement assistée - Alitement		
	Thrombose veineuse superficielle		- Cordon rouge, chaud, douloureux survenant sur un trajet de veine superficielle **- Echo-Doppler des MI** systématique : recherche d'une extension (surtout en cas de thrombose saphène interne s'étendant à la crosse) ou d'une association à une TVP - TTT : **anti-inflammatoire locaux**, **contention veineuse** ± **anticoagulation** (non obligatoire)
	Thrombose veineuse profonde		= Complique **1%** des grossesses, dans **2/3 des cas** dans le post-partum, surtout la **2e semaine ++** - Douleur unilatérale du mollet, œdème unilatéral ± fièvre modérée - **Echo-Doppler** pulsé en urgence : recherche de caillot flottant (risque d'EP) - TTT : **HBPM** avec relai précoce par **AVK**, **contention veineuse** (force III) → La **warfarine** ne diffuse pas dans le lait = non contre-indiqué (à la différence de la fluindione) - Prévention : lever précoce, contention veineuse d'indication large, anticoagulation préventive en fonction de l'importance des FdR
	Thrombophlébite cérébrale		- Rare mais **sévère** - **Céphalées** : symptôme le plus fréquent et le plus révélateur sans profil évolutif spécifique -**HTIC et/ou déficit neurologique** focal voire **crise convulsive** - Sinus **longitudinal** le plus souvent atteint - Diagnostic fait à **l'IRM en particulier** - Prise en charge par **anticoagulation efficace + mannitol et corticothérapie**
	Thrombose veineuse pelvienne		= Thrombose au niveau du **ligament lombo-ovarien** : complique souvent une endométrite → A évoquer devant une endométrite sévère, résistante au traitement (absence d'apyrexie ≥ 5 jours) ou associée à des signes urinaires et rectaux
		C	- **Douleur pelvienne** importante ± **signes urinaires** et **rectaux** (ténesme, épreinte) - **TV** : palpation du cordon dur et douloureux le long de la paroi pelvienne
		PC	- **Angio-TDM pelvien** ou **angio-IRM** : confirmation diagnostic, caractère flottant du caillot
		TTT	- **Antibiothérapie** pendant 7 à 14 jours - **Héparinothérapie curative pendant la durée de l'ATB puis relais AVK** - Complication : - Extension : **veine cave, veines rénales, veines ilio-fémorales, EP** - **Infarctus ovarien** - **Choc toxi-infectieux** avec **défaillance multiviscérale**

<table>
<tr><td rowspan="4">Autre</td><td colspan="3">- Troubles psychiques du post-partum : baby-blues, dépression du post-partum, psychose puerpérale confuso-délirante
- Rétention aiguë d'urine : surtout dans les 1ère heures du post-partum
- Anémie ferriprive : dépistage systématique → clinique et NFS à J2
- Incontinence urinaire et/ou anale : souvent transitoire, amélioré par la rééducation abdomino-périnéale (PEC à 100%)
- Troubles de cicatrisation : désunion de cicatrice, hématome, abcès
- Crise hémorroïdaire (fréquent) : douleur anale invalidante → veinotonique (Daflon®), antalgique local (Titanoréïne®)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Absence de retour de couche</td><td colspan="2">= Aménorrhée du post-partum : absence de retour de couche : - À 5 mois si allaitement maternel
- À 3 mois si allaitement artificiel
- Nouvelle grossesse : dosage systématique de l'hCG
- Synéchie utérine totale (rare)
- Aménorrhée anovulatoire : hyperprolactinémie, retard simple, syndrome de Sheehan</td></tr>
<tr><td>Syndrome de Sheehan</td><td>= Nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse 2ndr à un choc hémorragique survenu lors de l'accouchement : tableau d'insuffisance antéhypophysaire globale
- Insuffisance corticotrope et thyréotrope
- Insuffisance lactotrope : absence de montée de lait
- Insuffisance gonadotrope : absence de retour de couche</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">Embolie amniotique</td><td colspan="2">= Passage du liquide amniotique dans la circulation maternelle suite à la déchirure du placenta et des veines utérines, à l'origine d'une réaction maternelle systémique (CIVD, anaphylaxie, SDRA…) : 30% de mortalité
- FdR : âge maternel > 35 ans, forceps, éclampsie, anoxie fœtale, césarienne, HRP</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td>- Défaillance maternelle brutale : CIVD, hypotension, hypoxie, convulsion, OAP, choc, arrêt cardiorespiratoire
- Détresse fœtale brutale
- Biologie : recherche de cellules épithéliales fœtales, dosage d'αFP et IGFBP1, dosage de tryptase</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>= Essentiellement symptomatique : réanimation médicale et extraction foetale</td></tr>
</table>

HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

= **Hémorragie d'origine utérine** survenant **dans les 24h suivant la naissance** avec pertes estimées **> 500 mL**
- **5%** des accouchements, met en jeu le pronostic vital = 1ère cause mortalité maternelle en France
- FdR : utérus cicatriciel, antécédent d'hémorragie de la délivrance, travail déclenché, hyperthermie

Etiologie

- La délivrance nécessite 4 conditions = **délivrance complète, vacuité utérine complète, bonne rétraction utérine** et **coagulation sanguine normale** ➙ si l'une des conditions manque = risque d'hémorragie de la délivrance

Atonie utérine

= Anomalie de la contraction utérine = absence de globe utérine de sécurité ➙ cause la plus fréquente
- FdR : - Sur-distension utérine : grossesses multiples, hydramnios, macrosomie fœtale
  - Travail prolongé ou trop rapide
  - Age **> 39 ans**
  - Utérus fibromateux ou malformé
  - Multiparité
  - Utilisation récente de tocolytiques
  - Anesthésie profonde par halogénés

Rétention placentaire

= Anomalie de la délivrance = utérus non vide
- Rétention placentaire totale : absence de délivrance spontanée complète dans les 30 minutes suivant la naissance ➙ **délivrance artificielle**
- Rétention placentaire partielle : délivrance incomplète et rétention d'un fragment (cotylédon et/ou fragment de membrane) ➙ **révision utérine**

Troubles de coagulation

- 2 troubles à redouter : **CIVD** ou **fibrinolyse** ➙ cause et/ou conséquence des hémorragies obstétricales
- Situation à risque : prééclampsie, infection grave, hématome rétro-placentaire, embolie amniotique

Inversion utérine

= Exceptionnelle : extériorisation de la surface interne de l'utérus à la vulve
- Circonstance favorisante : atonie utérine, traction excessive sur le cordon lors de la délivrance, pression abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la délivrance
➙ **Réduction immédiate** et prévention de la récidive par **ocytocique** (Syntocinon®)

TTT

1er temps

Assurer la vacuité utérine	= En urgence sous anesthésie : main abdominale maintenant le fond utérin et main dominante gantée remontant le long du cordon ombilical en « main de l'accoucheur » - **Délivrance artificielle** sous anesthésie si hémorragie avec expulsion du placenta - **Révision utérine** sous anesthésie (± répétée) si hémorragie après expulsion du placenta ou après délivrance artificielle ➙ Sauf exception (suspicion de placenta accreta), l'utérus doit être vide
PEC de lésion génitale	- **Inspection sous valve** du col et du vagin : déchirure du col ou des parois vaginales - **Suture** d'épisiotomie ou de déchirure périnéale
Contraction utérine	**- Perfusion d'ocytocine** (Syntocinon®) : **5 à 10** UI en IVL puis **20** UI/2h - **Massage utérin** par mouvements circulaires jusqu'à obtention d'un globe tonique
Réanimation médicale	- Mise en condition : **2ème VVP, sondage, scope** (pouls, TA, diurèse), **oxygénothérapie** - Bilan : **NFS, groupage sanguin, RAI, TP, TCA, fibrine, PDF, D-dimères** - **Soluté de macromolécule** ou **transfusion sanguine** si besoin - Correction d'une coagulopathie associée : **fibrinogène, PFC, acide tranexamique** **-** Si **hémorragie sévère > 1L : CGR, acide tranexamique** et **fibrinogène** d'emblée

2ème temps

= En cas d'échec des mesures précédentes **à 15-30 minutes** sous ocytocine :
- **Prostaglandine E2** = **sulprostone** (Nalador®) IVSE ➙ contre-indiqué en cas d'antécédent d'IDM
- Recherche et traitement de trouble de coagulation : **CIVD** ou **fibrinolyse réactionnelle**

3ème temps

- **Compression par ballon de Bakri** (ballon gonflé dans l'utérus) : temporaire, si les autres techniques ne sont pas disponibles ➙ permet le transport de la patiente
- **Radio-embolisation sélective des artères utérines** par voie fémorale en radiologie interventionnelle
➙ A privilégier si accessible, état hémodynamique stable et transport médicalisé possible rapidement, surtout si accouchement par voie basse ou lésion cervico-vaginale
- **Compression chirurgicale, ligature chirurgicale des artères utérines**, voire des **ligaments ronds et utéro-ovariens**, voire des **artères hypogastrique**
➙ Surtout en cas de non accessibilité ou d'impossibilité de radiologie interventionnelle ou d'hémorragie de la délivrance au cours d'une césarienne
- Hystérectomie d'hémostase : en dernière intention si persistance du saignement

Prévention

- **Quantification des pertes sanguines** en salle de naissance par poche de recueil marquée à 500 mL
- **Délivrance dirigée systématique** recommandée pour toutes les patientes au moment de l'accouchement (AVB et césarienne) : administration d'**ocytocine** (5 à 10 UI en IVD) dès la sortie de l'enfant (sortie des épaules)
- **Révision utérine** systématique en cas de doute sur l'intégrité du placenta et/ou des membranes
- **Délivrance artificielle** systématique en cas de non-décollement placentaire > 30 minutes après accouchement